



Einverständniserklärung

gemäß § 44 (3), Nr.3 Waffengesetz i.V. m. § 36, 1.Vo zum WaffG. Hiermit erkläre/erklären ich/wir mein/unser Einverständnis, dass mein/unser/e Tochter / Sohn

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: ____ . ____ . ____ Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ : _____ Ort: _____

am Übungsschießen/Schießwettbewerben gemäß den Bestimmungen des Waffengesetzes teilnehmen darf.

Auszugsweise Abschrift aus dem Waffengesetz:

§ 35 Waffengesetz

(1) Die Verantwortlichen Aufsichtspersonen haben das Schießen in der Schießstätte ständig zu beaufsichtigen, insbesondere dafür zu sorgen, daß die in der Schießstätte Anwesenden durch ihr Verhalten keine vermeidbaren Gefahren verursachen. Sie haben, wenn dies zur Verhütung von Gefahren erforderlich ist, das Schießen oder den Aufenthalt in der Schießstätte zu untersagen.

§ 36 1.Vo Waffengesetz

(1) Kindern unter 12 Jahren darf das Schießen mit Schusswaffen in Schießstätten nicht gestattet werden.

(2) Die verantwortlichen Aufsichtspersonen dürfen Kindern, die das 12. Lebensjahr vollendet haben und noch nicht 14 Jahre alt sind, auch das Schießen mit Luftdruck-, Federdruck- und CO₂-Waffen, ... gestatten, wenn der/ die Sorgeberechtigte(n) schriftlich sein/ihr Einverständnis erklärt hat / haben oder beim Schießen anwesend ist /sind.

(3) Die zuständige Behörde kann dem Kind oder dem Jugendlichen aus besonderen Gründen Ausnahmen von der Alterserfordernis der Absätze 1 und 2 bewilligen.

(4) Die verantwortlichen Aufsichtspersonen haben, solange die betreffenden Kinder oder Jugendlichen am Schießen teilnehmen, die nach Abs. 2 erforderlichen schriftlichen Einverständniserklärungen der Sorgeberechtigten aufzubewahren und der zuständigen Behörde oder deren Beauftragten auf Verlangen zur Prüfung auszuhändigen.

Bogenschießen/Bogenschießen auf Gummitiere/Blasrohr/Druckluftwaffen

Unterschriften

Sorgeberechtigter

Sorgeberechtigter

bitte wenden



Hinweis für die leitende Aufsicht

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: ____ . ____ . ____ Geburts-Ort _____

1. Mein(e) Sohn / Tochter leidet unter folgenden Krankheiten / Beschwerden (z.B. Asthma, Herz-Kreislauf, usw.)

2. Mein(e) Sohn / Tochter nimmt folgende Medikamente :

Gifhorn, den _____

Sorgeberechtigter

Sorgeberechtigter

Bemerkungen:

Hinweis gem. BDSG:

Diese Angaben werden nur an Hilfspersonal (Arzt oder Ersthelfer) aber nicht an Dritte weitergegeben.